

国民健康保険被保険者異動届(資格取得・適用開始・変更)

(あて先)福岡市 区長

世帯主 (納付義務者)	現住所 福岡市 区 (アパート・マンション・施設名)	職業				記号				番号(9桁)																													
		電話番号(自宅・携帯・その他)				資格取得・適用開始(全部・一部)				変更																													
	国保世帯主の変更の有無		有 無		個人番号(マイナンバー)				県外転入				生保廃止				出生				区間異動																		
フリガナ 氏名	自署		擬制世帯主		□納付・届出義務について確認済				市外転入				世帯合併				入国				区内転居																		
	下記のとおり届けます。 令和 年 月 日		(理由)		所得制限 雇用保険受給 その他()				社保離脱				世帯変更				職権回復				氏名変更																		
												国組離脱												世帯分離				後期離脱				その他							
																								確認事項															
												番号確認												カード (主 1 2 3 4 5)				通知・住民票 (主 1 2 3 4 5)				オンライン (主 1 2 3 4 5)							
												身元確認												カード 免許 旅券 障手帳 在カ				保険証 年金 住民票 戸籍 通知書				喪失証明書 その他()							
												代理権												委任状 その他()															
												任継												しない 非該当 満了 切れ															
												住歴												有 無 加入歴 有() 無															
												未納												有(収納後日) 無 証区分 長 B A 資															
												所得												申告済 所報受付(済・干) 他市照会 年度															
												保険料												説明済 未 減免 済 説明済 未															
												非自発												該当(済 後日) 非該当 説明済 再適用															
												口座												済(ペ 他) 渡 干 継 廃 否 納付相談															
												郵送方法												普通 簡易書留(更新毎・今回のみ)															
												取得証明												交付済 通知発行 済 パッチ															
												旧国保												済 非該当 70調査票 済 非該当															
												限度額												済 区分変更 特定疾病 済 区分変更															
												旧被扶												済 非該当 国民年金 案内済 不要															
												備考																											
												生保廃止												ケース番号				平成・令和 年 月 日 担当											
												世分・世併等の 相手先記号番号												(賦課区)															
												異動 年月日												. .				受 付				電算入力				被保険者証 作成・訂正 送付・交付			
												受 付 年月日												. .															
今年1月1日 現在の住所																																							
昨年1月1日 現在の住所																																							
旧住所																																							
(届出が世帯主以外の場合)																																							
氏名												(世帯主との続柄)																											

※ 太ワクの中の必要な部分だけ記入してください(世帯主が記入する場合は、押印の必要はありません)。 口頭確認()

※ 障害者支援施設等に入所または入院中(介護保険適用除外施設への入所)の方は届出をしてください(39歳~64歳のみ)。

(記入例)※太枠の中の必要な部分だけ記入してください。

国民健康保険被保険者異動届(資格取得・適用開始・変更)

(あて先)福岡市 区長

世帯主 (納付義務者)	現住所	福岡市 中央 区 天神1丁目8-1-101号 (アパート・マンション・施設名) 福岡コーポA棟		職業	自営業		記号	番号(9桁)																		
	フリガナ	フクオカ タロウ		電話番号(自宅・携帯・その他)	090-XXXX-XXXX		資格取得・適用開始(全部・一部)	変更																		
氏名	自署	福岡 太郎		個人番号(マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	県外転入	国民健康保険の世帯主の住所、氏名、職業、電話番号、個人番号を記入してください。								
		国保世帯主の変更の有無		有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>		擬制世帯主		<input type="checkbox"/> 納付・届出義務について確認済		所得制限		雇用保険受給		その他()		確認事項										
下記のとおり届けます。 令和 元年 5月 7日				(理由)												番号確認										
異動者全員(世帯主を含む)を記入してください。	フリガナ	生年月日		個人番号変更有無	性別	世帯主との続柄	医療助成	身元確認																		
	氏名	個人番号(マイナンバー)		有の場合変更時期				カード (主 1 2 3 4 5) 通知・住民票 (主 1 2 3 4 5) オンライン (主 1 2 3 4 5) カード 免許 旅券 障手帳 在カ 保険証 年金 住民票 戸籍 通知書 喪失証明書 その他()																		
	1	フクオカ タロウ	昭平令 50年 5月 1日	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	男 <input checked="" type="radio"/>	本人	子障ひ	代理 任 住 未 所得 保険料 非自発 口座 郵送方法 取得証明 旧国保 限度額																		
	2	フクオカ ハナコ	昭平令 52年 7月 1日	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	男 <input type="radio"/>	妻	子障ひ	手続が必要な方全員(世帯主を含む)の氏名、生年月日、個人番号、性別、																		
	3		昭平令 年 月 日	有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	男 <input type="radio"/>		子障ひ	未 所得 保険料 非自発 口座 郵送方法 取得証明 旧国保 限度額																		
4		令 年 月 日	有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	男 <input type="radio"/>		子障ひ	未 所得 保険料 非自発 口座 郵送方法 取得証明 旧国保 限度額																			
5		昭平令 年 月 日	有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	男 <input type="radio"/>		子障ひ	未 所得 保険料 非自発 口座 郵送方法 取得証明 旧国保 限度額																			
今年1月1日現在の住所			備考		現住所と違う場合は記入してください。		非該当																			
昨年1月1日現在の住所			生保廃止		ケース番号		平成・令和 年 月 日 担当																			
旧住所			世分・世併等の相手先記号番号		(賦課区)		被保険者証 作成・訂正 送付・交付																			
(届出が世帯主以外の場合)				異動年月日		住所を変更をした方は転入前の住所を記入してください																				
氏名 (世帯主との続柄)				受付年月日																						

※ 太枠の中の必要な部分だけ記入してください(世帯主が記入する場合は、押印の必要はありません)。 口頭確認()

※ 障害者支援施設等に入所または入院中(介護保険適用除外施設への入所)の方は届出をしてください(39歳~64歳のみ)。